Załącznik Nr 1do Regulaminu ZFŚS   
 ZPO w Dobrowodzie

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE ŚWIADCZENIA Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU   
ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH ZPO W DOBROWODZIE**

Imię, nazwisko i adres wnioskodawcy:

…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

Kategoria osoby uprawnionej (podkreślić właściwe):

- pracownik, członek rodziny pracownika, były pracownik (emeryt, rencista), członek rodziny byłego pracownika (emeryta, rencisty).

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych   
ZPO w Dobrowodzie świadczenia w formie ………………………………………………..………………………………...........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………\*

Oświadczam, że łączny dochód wraz z dodatkowymi przysporzeniami wykazany w złożonym oświadczeniu o sytuacji życiowej rodzinnej i materialnej za ……………. rok **nie uległ zmianie / uległ następującej zmianie**\*\*: …………………………………………………………….…………………………………….. .

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku przedstawiam następujące załączniki   
*(dotyczy zapomogi losowej i innych świadczeń wymagających udokumentowania):*

........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

**Objaśnienia do wniosku:**

\* dofinansowania do wypoczynku, dofinansowania do spotkania kulturalno-oświatowego, dofinansowania do wycieczki krajoznawczej, udzielenia pomocy rzeczowej, udzielenia pomocy finansowej, zakupu bonów towarowych, przyznania zapomogi ze względu na trudną sytuację życiową, rodzinną i materialną, przyznania zapomogi losowej w związku z ……. (*opisać rodzaj sytuacji losowej*)……… .

\*\* niepotrzebne skreślić

………………………………………..

(data i podpis wnioskodawcy)

**Decyzja Pracodawcy i opinia przedstawiciela pracowników (*związków zawodowych*)**

Przyznano – odmówiono\*\* świadczenia (rodzaj)……………………………….…………………………………………

w kwocie …………………………zł (słownie: …………………………………………………..………………….. zł brutto)

…………………… …………………….. ………………………………….

(podpis przedstawicieli pracowników (podpis Pracodawcy)

/ przedstawicieli związków zawodowych)

\*\*niepotrzebne skreślić